

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1936
=

THÈSE

N°

666
=

POUR LE

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

M^{me} ALEPÉE Alice (O'HERNE)

née à BOULOGNE-sur-SEINE, le 22 Août 1910

BACTERIOTHERAPIE
LACTIQUE
EN GYNECOLOGIE

Président de Thèse : M COUVELAIRE, Prof.

PARIS
AMEDEE LEGRAND, EDITEUR
93, Boulevard St-Germain, 93

1936

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1936

THÈSE

N°

POUR LE

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

M^{me} ALEPÉE Alice (O'HERNE)

née à BOULOGNE-sur-SEINE, le 22 Août 1910

BACTERIOTHERAPIE LACTIQUE EN GYNECOLOGIE

Président de Thèse : M COUVELAIRE, Prof.

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, Boulevard St-Germain, 93

1936

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULE		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VAL- LERY-RADOT ..			
SEZARY			
METZGER			
MM.			
GUENIOT	Clinique obstétricale.		
LE LORIER			
ECALLE			
LEVY-SOLAL			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.
RUPPE	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MA FAMILLE

A MON MARI

*En témoignage de ma profonde
affection.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

*Avec mes remerciements pour le
grand honneur qu'il me fait en
acceptant la présidence de cette
thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHIRIE

*En hommage de respectueuse gra-
titude pour son précieux ensei-
gnement.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX

INTRODUCTION

La bactériothérapie lactique a trouvé des applications nombreuses dans les différents traitements de maladies microbiennes. Il n'est pas besoin de rappeler les résultats surprenants obtenus en coprologie, dans les cystites tuberculeuses, dans le pansement des plaies et en gynécologie.

Nous avons pensé qu'il était nécessaire de résumer, en un court travail, les indications du traitement par les bacilles lactiques en gynécologie.

Dans une première partie, nous étudierons les différents microbes, hôtes des voies génitales de la femme, la physiologie et la biologie vaginales.

Dans une seconde partie, nous étudierons le bacille lactique et la façon de préparer une bouillie lactique.

Suivront quelques observations que nous avons recueillies en service hospitalier.

LA FLORE VAGINALE

Depuis longtemps, la flore microbienne vaginale a été étudiée avec toute l'attention que méritait cette question. En France, les travaux de Hallé, Péraire, Bensis, Jeannin ont mis en évidence un grand nombre de microbes, tant saprophytes que virulents. Des travaux, en Allemagne, ont montré récemment les variations de la flore vaginale suivant l'état physiologique local ou général de la femme examinée. Il a été ainsi établi le rôle que joue l'acidité des sécrétions vaginales et l'importance du glycogène dans la muqueuse du vagin.

L'importance de ces recherches est primordiale en raison de l'intérêt que présente une connaissance approfondie des espèces microbiennes vaginales. Il est, en effet, fort intéressant d'expliquer les phénomènes infectieux divers, et en particulier, ceux des suites de couches, et d'arriver par des moyens appropriés à lutter contre le développement des germes nocifs.

I. — Flore vaginale en dehors de la grossesse

a) *Chez la femme saine*

Des germes nombreux tant aérobies qu'anaérobies, ont été signalés dans les sécrétions vaginales de la

femme normale. De longues discussions ont partagé ceux qui nient l'existence dans le vagin des femmes saines du streptocoque de ceux qui pensent que l'on trouve ce microbe avec ses caractères habituels, tel qu'il existe dans l'infection perpuérale.

Les germes que l'on rencontre habituellement comprennent :

1° D'une façon constante, un bacille qui prédomine sur tous les autres microbes à tel point que dans certains examens directs, par frottis sur lame, il paraît presque à l'état de pureté. Ce microbe, auquel Doderlein a donné le nom de bacille vaginal, a été très bien décrit par la suite.

Il est gram positif, coagule le lait et a un pouvoir de réaction acide. Sur bouillon, il se développe d'abord sous forme de cocci, puis donne ensuite des formes bacillaires en même temps que se trouble le bouillon.

Macroscopiquement, il pousse en donnant des cultures d'aspect frangé. Il ne pousse bien qu'en milieu acide et ne s'accroît que peu en milieu même faiblement alcalin. A côté de ce germe, on trouve d'autres microbes mais en quantité moindre.

2° Les pseudo-bacilles diphtériques à gram positif.

3° Le bactérium coli qui peut être amené par voie lymphatique, par voie sanguine ou par voie ascendante.

La condition indispensable à l'accumulation des colibacilles dans le vagin est son degré d'alcalinité. Hors, nous verrons plus loin que les sécrétions vaginales contiennent une proportion notable d'acide lactique.

Si normalement, le milieu vaginal a une acidité élevée, c'est-à-dire que son Ph varie entre 4, 5 et 5, 2, il peut, à certains moments, à la suite de décharges sécrétoires qui accompagnent les rapports sexuels devenir basique et ainsi favoriser le développement du colibacille et de l'entérocoque.

La voie ascendante peut également s'observer par contamination directe au cours de rapports avec un homme atteint de colibacillose urinaire.

4° Des saccharomyces.

5° De nombreux saprophytes, aérobies facultatifs, parmi lesquels, on distingue le comma variable granuleux à extrémité renflée, prenant le gram, ou bien strictement anaérobies comme le bacille thétoïde, gram négatif en forme de lentille ovale, se colorant fortement. Cultivé sur agar-agar, il apparaît en forme de lentille.

6° Le staphylocoque et les para-streptocoques, le streptocoque intestinal et le tétragène anaérobie. On trouve également des levures, des streptocoques qui ne sont pas rares dans le vagin normal mais existent en petit nombre, isolés.

La plupart de ces germes saprophytes peuvent devenir pathogènes à la suite de conditions déterminées. Ce sont eux qui sont responsables des accidents infectieux des suites de couches, avec traumatismes graves du vagin ou du col utérin et surtout dans les rétentions placentaires. Les streptocoques et les staphylocoques pathogènes ne sont rencontrés que rarement et de façon provisoire. Leur présence est souvent expli-

quée par un toucher ou par un rapport sexuel antérieur.

b) *Chez la femme malade*

La flore vaginale type est altérée rapidement, à la fois dans le cas de lésions locales et dans celui de déficience de l'état général.

Dans les troubles de la sécrétion interne de l'ovaire, dans l'infantilisme, dans la chlorose, dans l'asthénie, on trouve une diminution très nette du bacille vaginal alors que l'on trouve des cocci et des anaérobies. Dans les métrites du col, et spécialement lorsqu'il existe des ulcérations de la muqueuse après hystérectomie, on ne trouve plus que de rares bacilles de Doderlein, mais par contre pullulent les streptocoques, aérobies, tétragènes et bacilles diphtériques.

Il existe un rapport constant entre le fonctionnement normal du vagin et son microbisme. Dès que l'état biologique du vagin vient à changer, la flore vaginale change également. De même, une altération durable ou un changement de la flore vaginale entraîne après elle une réaction de l'épithélium du vagin.

II. — Flore vaginale au cours de la grossesse

Le Docteur Bensis, dans sa thèse, avait indiqué que la flore vaginale, chez la femme enceinte, était très variée. Ses travaux ont été repris depuis par les docteurs Jeannin, William et par les gynécologues allemands.

Krönig constata à son tour que pendant la grossesse,

les sécrétions vaginales étaient fortement bactéricides et que l'acidité était toujours très marquée. En effet, les recherches de nombreux auteurs ont montré que la teneur en acide lactique est augmentée pendant la grossesse. De même, la quantité de glycogène se trouve renforcée du fait de la grossesse. On peut donc prévoir que l'augmentation de l'acide lactique et du sucre doit exercer une influence sur la constitution de la flore vaginale. On constate que le vagin des femmes enceintes est moins contaminé que celui des femmes en dehors de la grossesse.

En outre, des variations importantes se manifestent suivant que l'on envisage les différentes périodes de la gestation. On s'aperçoit que plus l'âge de la gravité augmente, plus le vagin a tendance à se désinfecter.

Dans les suites de couches, la flore microbienne se modifie considérablement et devient méconnaissable. Les lochies sont envahies par une foule de microbes variés qui, heureusement, ne sont ordinairement pas pathogènes. Ce phénomène est dû à ce que le plus souvent, ces microbes ont subi de la part des sécrétions vaginales des transformations qui les ont rendus à l'état de saprophytes.

Loeser, dans un très intéressant ouvrage, a montré que le col et le corps de l'utérus sont envahis très rapidement après l'accouchement. Ce sont les anaérobies qui pénètrent les premiers et semblent ouvrir la voie aux aérobies.

PHYSIOLOGIE ET BIOLOGIE VAGINALE

A l'examen, le vagin sain permet de reconnaître, outre la flore vaginale,

- la présence d'acide lactique dans les sécrétions,
- la présence de glycogène dans les muqueuses.

1° L'acide lactique dans les sécrétions

Le vagin sain est, nous l'avons déjà vu, doué d'un pouvoir bactéricide envers les germes saprophytes et pathogènes. Les germes introduits, soit expérimentalement, soit par faute d'asepsie, sont détruits dans un délai variable de deux à soixante heures.

Cette destruction des germes introduits dans le vagin semble être due à la présence de l'acide lactique que contiennent normalement les sécrétions vaginales.

Les chiffres donnés par Schockaert montrent que la quantité totale d'acide lactique présent dans le vagin varie de six à dix-huit milligrammes et la production journalière déterminée par titrage quotidien du liquide de lavage est d'environ quatorze milligrammes d'acide lactique.

L'acide lactique n'est qu'un élément secondaire, mais sa présence garde une très grande importance.

C'est le témoin de la réaction vaginale.

Aussi, Lehmann donne-t-il au praticien le conseil le plus précieux, en disant « que l'on peut utiliser la force de la réaction acide pour mesurer le pouvoir prophylactique d'un vagin. »

On exprime la teneur en acide lactique par l'évaluation des ions d'hydrogène dans la sécrétion vaginale.

Dans un vagin, à flore normale, le Ph varie de 4,2 à 4,6. Toutefois, lorsque la sécrétion des glandes endocervicales est active, le Ph peut monter sans danger à 5,6. S'il y a vaginite, le Ph varie de 5,6 à 6,5. Dès que le Ph dépasse 6, il y a lieu d'intervenir.

Pour mesurer le Ph, il suffit de recueillir sur un petit tampon, un peu de sécrétion vaginale et de la mettre en contact avec une goutte de réactif coloré : soit le rouge de méthyle, rouge au Ph 4, orangé au Ph 5, jaune au Ph 6, soit le paranitrophénol, incolore ou Ph 5, vert au Ph 6, jaune vert au Ph 7.

2° Le Glycogène dans la muqueuse

Dans un vagin sain, le glycogène existe concurremment avec l'acide lactique et est en rapport étroit avec lui. Il semble même, d'après certains auteurs, que la présence d'acide lactique soit sous la dépendance de celle du glycogène.

D'après Zweifel, la paroi vaginale adulte normale contient 2,28 à 4 milligrammes de glycogène par centimètre cube, soit 200 à 300 grammes pour l'ensemble du vagin.

Mais quand les matériaux hydrocarbonés devien-

nent rares, l'acidité du vagin diminue. Lorsque le Ph augmente au-dessus de 5,5, le glycogène diminue rapidement et disparaît alors qu'il existe d'une façon constante lorsque le Ph est compris entre 4,2 et 5,5.

En résumé, l'examen du vagin permet de reconnaître :

1° Une flore vaginale constituée en majorité dans les cas normaux par le bacille de Doderlein; les autres microbes, dans les cas purs étant représentés en petite quantité par des saprophytes divers. La présence et la quantité de ces autres bacilles varient avec les conditions pathologiques dans lesquelles on se trouve.

2° La présence d'acide lactique donnant aux sécrétions vaginales un Ph variant entre 4,2 et 5,5 dans les cas normaux. Cet acide viendrait de la paroi vaginale.

3° La présence de glycogène qui conditionne la microbiologie vaginale. Sans glycogène, la vitalité du bacille de Doderlein est suspendue et l'acide lactique disparaît automatiquement.

Les parois du vagin sont constituées par trois couches anatomiques : cellules basales, cellules kératinisées, cellules fonctionnelles. C'est cette couche fonctionnelle qui contient le glycogène, et dans ces cellules, celui-ci se trouve réparti de préférence autour du noyau.

Le point intéressant, dit Schockaert, est le fait que l'accumulation de glycogène dans les cellules vaginales se fait uniquement sous l'influence de la fonction folliculinogène des ovaires.

Si donc, la fonction endocrine des ovaires est défi-

ciente, l'épithélium vaginal contiendra peu de glycogène. Il en est ainsi, avant la puberté. Il existe alors une légère acidité Ph 6 suffisamment protectrice en l'absence de tout contact étranger. Mais une fois infecté, le vagin impubère se défend mal, et, c'est ainsi qu'apparaît souvent un écoulement accompagné de prurit.

L'absence de glycogène après la ménopause est la cause de nombreuses vaginites séniles; de même, chez les femmes castrées chirurgicalement et surtout par les rayons X, on observe, dit Schockaert, une leucorrhée abondante causant un prurit vulvaire parfois insupportable, car il y a dans ce cas, en même temps que la disparition du glycogène pariétal une diminution de vitalité des cellules épithéliales.

Sous l'influence de ferments microbiens, le glycogène se décompose en glucose et évolue secondairement vers la production d'acide lactique.

Le taux d'acidité varie aux différentes phases du cycle menstruel. Il augmente avant et après les règles pour atteindre son minimum au moment de l'intermenstruum.

Ces trois éléments, flore vaginale, acide lactique, glycogène se compensent pour maintenir le milieu en parfait état de santé.

LE BACILLE LACTIQUE

Depuis Metchnikoff, on utilise les cultures de bacilles lactiques en thérapeutique interne avec des résultats discutables.

L'utilisation des bacilles lactiques, sous forme de bouillie, en chirurgie, en obstétrique, en dermatologie est plus récente. Ces applications découlent des expériences de Kalinine et de Meerowitch qui ont montré que l'addition d'une culture de bacilles lactiques arrêtait en vingt-quatre heures la prolifération de cultures de streptocoques hémolytiques et viridans, des bacilles pneumocoques, du bacille de Shiga et du bacille d'Eberth. La même action se fait sentir au bout de quarante huit heures, sur les cultures de colibacilles, de staphylocoques dorés, du bacille de Friendlander, du pyocyanique.

Pour obtenir ces résultats, il est nécessaire de conserver l'acidité du milieu. Pour l'utilisation pratique de la bouillie lactique, il est nécessaire de posséder une préparation active dont on connaisse les qualités de conservation et de développement.

A défaut de cultures liquides fraîches, il ne faut utiliser la forme pulvérulente que si les germes lactiques ont été judicieusement choisis parmi ceux qui se conservent indéfiniment à l'état sec.

En 1902, Rist et Khoury ont isolé dans le Leben ou lait caillé égyptien, deux ferments :

— le streptococcus lebenis,

— Le streptobacillus lebenis.

qui, en symbiose, se conservent desséchés indéfiniment à condition que l'on prenne la précaution de les enrober dans le milieu neutre au phosphocaseinate de calcium du Professeur Porcher.

En milieu humide, ces germes retrouvent leur vitalité à une température comprise entre 32° et 52°. Notons que l'adjonction de lacto-sérum facilite grandement leur développement et augmente leur vitalité et leur action.

LA BOUILLIE LACTIQUE

Pour la raison que nous venons d'indiquer, nous emploierons le bacille lactique sous forme de bouillie lactique obtenue en mélangeant au moment de l'emploi :

— une poudre insoluble contenant les bacilles lactiques sélectionnés

— et un produit composé de sérum de lait.

Dans nos expérimentations, nous avons employé le streptococcus et le streptobacillus lebenis.

Le sérum de lait employé contient par litre, 58 grammes de lactose, 3,5 grammes de colloïdes, 8 grammes de sels minéraux parmi lesquels dominent les phosphates et les citrates de potassium.

Pour faire notre bouillie lactique, nous mélangeons en proportions à peu près égales, la poudre contenant les bacilles lactiques au lacto-sérum que nous venons de décrire.

Avec une dose suffisante de poudre, on obtient un pansement épais que l'on applique directement au spéculum, sur le col, sur les ulcérations, les déchirures. Au congrès de la Colibacillose, le docteur Guillemain disait : « Les mèches imbibées de ferment lactique, en suspension stabilisée de sérum de lait, dans son état moléculaire original ont apporté de rapides modifica-

tions dans le caractère de l'écoulement cervical.

Ainsi préparée, la bouillie lactique a une efficacité maximum et nous a donné les résultats que nous allons exposer dans les quelques observations qui suivent.

OBSERVATION I

Madame L., 32 ans, vient consulter, le 20 décembre, pour leucorrhée, abondante, jaune, verdâtre avec sensations de brûlures, de douleurs à la miction.

La malade a eu deux enfants. Son mari est traité, à l'heure actuelle, pour blennorragie.

A l'examen, la vulve est rouge tuméfiée; les sécrétions qui s'écoulent par la vulve sont abondantes; elles consistent en un liquide purulent, jaune verdâtre, crémeux. La surface externe des grandes lèvres, la face interne des cuisses sont rouges et irritées; les ganglions inginaux tuméfiés et douloureux.

L'exploration directe du vagin est difficile à cause de sa très vive sensibilité.

Nous notons au spéculum, une rougeur diffuse, intense de toute la muqueuse qui a une apparence granuleuse.

Nous faisons un prélèvement; le laboratoire nous indique la présence de gonocoques.

Traitement. — Nous faisons immédiatement de la bouillie lactique, deux fois par jour.

Quinze jours après, guérison complète sans séquelle ni urinaire, ni utéro-salpingienne.

L'examen microscopique des sécrétions vaginales montre l'absence de gonocoques.

Un an après cette vaginite gonococcique, nous revoyons la malade pour grossesse. L'évolution en est normale; après l'accouchement, suites de couches normales.

OBSERVATION II

Madame R., a été opérée, il y a trois mois pour fibrome.
Hystérectomie subtotale.

Actuellement, la malade présente différents troubles, se plaint de céphalée occipitale, de vertiges, de bouffées de chaleur. Elle a des brûlures à la vulve en urinant mais vient surtout consulter pour des pertes abondantes, verdâtres, nauséabondes.

Au *spéculum*, nous voyons un col très rouge avec de très nombreuses sécrétions jaunes verdâtres, d'odeur fétide.

Métrite intra-cervicale.

Nous faisons un prélèvement; et le laboratoire nous indique la présence de colibacilles.

Traitement. — En même temps que nous prescrivons du vaccin, nous lui conseillons de faire régulièrement tous les jours une injection à base d'acide lactique à 5 pour mille. Nous lui faisons immédiatement un pansement à la bouillie lactique qu'elle gardera jusqu'au lendemain.

Le 4 décembre, les sécrétions ont un peu diminué d'abondance, mais surtout sentent moins mauvais.

Nous appliquons un nouveau pansement à la bouillie lactique.

Le 11 décembre, la malade n'a presque plus de pertes.

Le 18 décembre, disparition complète des sécrétions cervico-vaginales.

L'examen de laboratoire montre une flore microbienne banale. On ne retrouve plus de colibacille.

Malade non revue.

OBSERVATION III

Madame L..., 28 ans, vient consulter à la Maternité pour stérilité.

Les règles durent quatre jours, sont d'abondance normale, non douloureuses, surviennent tous les mois avec trois, quatre jours de retard; la malade prétend avoir peu de pertes blanches.

Le 4 Décembre, à l'examen, nous trouvons un utérus en position intermédiaire. Rien d'annexiel.

Au spéculum, nous voyons un col métritique à bords érodés.

Traitement. — Nous faisons un pansement à la bouillie lactique. Nous prescrivons l'application d'ovules en même temps que des injections quotidiennes à base d'acide lactique.

Le 11 décembre, nouveau pansement à la bouillie lactique.

Le 18 décembre, le col n'est presque plus rouge. Les bords sont moins érodés. Nouveau pansement.

Le 15 janvier, l'examen au spéculum montre un col tout à fait sain.

Nous pratiquons une insufflation.

Depuis le 1^{er} mars, la malade est suivie dans le service pour grossesse.

OBSERVATION IV

Madame R..., 19 ans, vient consulter à la Maternité le 14 novembre 1935.

A accouché le 6 novembre 1934.

A fait une fausse couche de trois mois et demi le 20 avril 1935.

A l'examen, rétroversion complète facilement réductible.

Rien d'annexiel.

Au spéculum, col ulcéré, sécrétions cervico-vaginales très abondantes. Ph (au rouge de méthyle) = 6.

Traitement. — Pansements à la bouillie lactique. Injections vaginales d'acide lactique.

Nous faisons les pansement à la bouillie lactique, deux fois par semaine pendant deux mois.

La malade, ne présentant plus de pertes, part en vacances. Elle revient le 30 janvier, car les pertes sont réapparues. Le Ph vaginal qui était descendu aux environs de 5 lorsqu'elle a abandonné le traitement est de nouveau à 6.

Nous reprenons les pansements à la bouillie lactique pendant un mois.

Le 5 mars, à l'examen, col sain, suppression de sécrétions cervico-vaginales.

Malade non revue

OBSERVATION V

Madame C..., 28 ans, vient consulter à la Maternité le 6 décembre pour pertes vaginales abondantes.

Elle est enceinte de six mois. La grossesse a une évolution normale.

A l'examen, on note un écoulement leucorrhéique d'apparence crémeux, extrêmement abondant. La muqueuse a une coloration d'un rouge vineux dans toute son étendue.

On fait un examen sur lame et un ensemencement. A la culture, on trouve des *streptocoques*. On en trouve également dans les urines légèrement purulentes.

Pendant deux mois, nous traitons la femme avec de la bouillie lactique.

Les examens bactériologiques et les cultures faits juste avant l'accouchement, alors que la femme est à terme, montrent la disparition des *streptocoques*.

Les pertes vaginales ont complètement disparu.

Après l'accouchement, les suites de couches sont tout à fait normales.

OBSERVATION VI

Madame C..., 23 ans, vient consulter à la Maternité pour pertes abondantes, glaireuses, existant depuis très longtemps.

Elle a accouché il y a 5 mois.

Le 4 décembre 1935. — A l'examen, utérus rétroversé.

Col métritique.

Secrétions vaginales abondantes.

A l'examen de laboratoire, on trouve :

Nombreuses cellules épithéliales.

Pas de polynucléaires.

Flore microbienne variée.

Nombreux colibacilles et cocci divers.

Pas de gonocoque apparent.

Traitement. — Pansement à la bouillie lactique. Injections d'acide lactique à 5 p. 1.000.

Nous suivons régulièrement la malade à la consultation et nous lui faisons un pansement par semaine.

Au cours du traitement, l'aspect et l'abondance des sécrétions changent.

Glaireuses et très épaisses, lors des premiers pansements, les sécrétions deviennent plus claires et diminuent nettement.

Le 6 février 1936. — A l'examen, le col est sain, il n'y a presque plus de sécrétions vaginales.

Malade non revue.

OBSERVATION VII

Madame P..., 28 ans, vient consulter à la Maternité.

30 octobre 1935. — Elle a accouché, il y a un mois et demi. Episiotomie. Plaie de la vulve en voie de cicatrisation.

A l'examen : . .

Grosse métrite intracervicale.

Vaginite.

Les sécrétions cervico-vaginales sont abondantes, épaisses, glaireuses, légèrement jaunâtres.

Examen microscopique des sécrétions :

Nombreuses cellules épithéliales.

Pas de polynucléaires.

Flore microbienne abondante et variée.

Nombreux colibacilles et cocci divers.

Pas de gonocoque apparent.

Traitement. — Pansement à la bouillie lactique deux fois par semaine.

Injectons vaginales quotidiennes d'acide lactique.

4 décembre. — Grosse amélioration.

En voie de guérison.

Nous continuons les pansements.

15 janvier. — Les sécrétions cervico-vaginales ont complètement disparu.

Malade non revue.

OBSERVATION VIII

Madame F..., 29 ans, vient consulter pour pertes vaginales abondantes.

Elle est enceinte de 7 mois et demi (présentation du siège).

A l'*Peramen*, on note un écoulement leucorrhéique blanchâtre. Coloration violacée de la muqueuse.

Le mari ayant eu une rechute gonococcique, on recherche le gonocoque dans les sécrétions vaginales de la malade.

On ne trouve pas de gonocoques. Par contre, dans les cultures, on trouve du streptocoque.

Nous faisons immédiatement de la bouillie lactique et nous continuons notre traitement jusqu'à l'accouchement.

La guérison de la leucorrhée est complète; l'examen bactériologique montre que les streptocoques ont disparu.

L'accouchement a lieu le 15 décembre. C'est un accouchement dystocique. Grosse extraction de siège. Délivrance artificielle. Hémorragie nécessitant une transfusion. Pendant l'accouchement et les suites de couches, nous continuons notre traitement à la bouillie lactique.

Les suites de couches sont normales.

OBSERVATION IX

Madame R..., 36 ans, vient consulter à la Maternité pour leucorrhée abondante.

Elle a accouché il y a six mois. Déchirure complète du périnée nécessitant une périnéorraphie.

Au toucher. — Utérus normal, en bonne position, mobile.

Au spéculum. — Gros col déchiqueté.

La lèvre antérieure donne au toucher l'impression d'un polype.

Nous faisons une électrocoagulation et une biopsie.

Rien de suspect.

Sécrétions vaginales. PH 6,5.

Le 4 décembre. — Nous faisons un pansement à la bouillie lactique.

Nous continuons les pansements, associés à des injections d'acide lactique, pendant deux mois.

Le 18 février. — Amélioration notable de la leucorrhée vaginale.

Le 1^{er} mars. — La malade n'a plus de sécrétions vaginales. Guérison complète.

Malade non revue.

OBSERVATION X

Madame J..., 28 ans, vient consulter à la Maternité pour pertes abondantes, jaunâtres, parfois rosées.

Douleurs abdominales fréquentes.

A accouché le 15 septembre (albumine pendant la grossesse; présence de pus et de colibacilles dans les urines après l'accouchement.

A l'examen. — Col sain, quelques glaires intra-cervicales.

Traitement. — Pansement argicolé.
Colitique.

Le 13 novembre 1935. — Pansement à la bouillie lactique. Injections vaginales quotidiennes d'acide lactique.

Le 20 novembre 1935. — Peu d'amélioration. Pansement à la bouillie lactique.

Le 27 novembre 1935. — Pansement.

Les pansements sont ensuite faits très régulièrement deux fois par semaine.

Le 20 janvier 1936. — La malade n'a plus de leucorrhée.

Malade non revue.

OBSERVATION XI

Madame A..., 29 ans, vient consulter à la Maternité de l'Hôtel-Dieu.

Le 5 décembre 1934. — Stérilité,

Pertes blanches abondantes depuis trois, quatre mois.

Ne souffre pas.

Règles régulières, durant trois jours, peu abondantes.

Pas d'enfant.

Pas de fausse-couche.

Désire un enfant.

Au toucher. — Utérus en bonne position.

Rien aux annexes.

Au spéculum. — Col métritique.

Traitement. — Attouchement acide picrique.

Pansement argyrolé.

Le 12 décembre 1934. — Pansement argyrolé.

Le 19 décembre 1934. — Pansement argyrolé.

Pendant plus de huit mois, on fait régulièrement chaque semaine un pansement picriqué, suivi de pansement argyrolé. On note une petite diminution des pertes.

Le 14 décembre 1935. — On essaie les pansements à la bouillie lactique avec injections quotidiennes d'acide lactique et ovules à base de bacilles lactiques.

Le 28 décembre 1935. — Les sécrétions ont nettement diminué.

Le 8 janvier 1936. — La malade n'a plus de leucorrhée et on envisage la possibilité d'une insufflation ultérieure.

OBSERVATION XII

Le 3 novembre 1935. — Madame Ap, 28 ans, vient consulter à la Maternité pour leucorrhée abondante accompagnée de prurit vulvaire.

Au toucher. — Utérus légèrement rétroversé.

Rien d'annexiel.

Col sain.

Quelques pertes blanches vaginales.

Traitement. — Pansement argyrolé.

Injectons d'acide lactique.

Ovules à base de bacilles lactiques.

Le 14 novembre 1935. — Massage.

Pansement à la bouillie lactique.

Le 21 novembre. — Pas d'amélioration.

Le 28 novembre. — Diminution notable des pertes.

Pansement à la bouillie lactique.

Malade non revue.

OBSERVATION XIII

Le 4 novembre, Madame B..., 17 ans, vient consulter à la Maternité de l'Hôtel-Dieu pour grossesse.

Dernières règles du 17 au 21 juillet.

... *A l'examen.* — Utérus globuleux.

Col long fermé.

Bassin normal.

Au spéculum. — Vaginite granuleuse. PH vaginal; 6,5.

Examen des sécrétions vaginales. — Flore abondante de cocci et bactéries.

Nombreux cuti communis.

Traitement. — Pansement à la bouillie lactique.

Injectons vaginales d'acide lactique à 5 pour mille deux fois par semaine.

Ovules à base de ferments lactiques.

Le 27 novembre. — Amélioration notable de la vaginite.

Nouveau pansement à la bouillie lactique.

Le 4 décembre. — Les sécrétions vaginales ont totalement disparu.

Le PH vaginal est à 5.

Malade suivie ensuite dans le service pour sa grossesse.

OBSERVATION XIV

Madame G..., 23 ans, vient consulter à la Maternité.

Le 4 décembre. — Elle a accouché il y a six mois, a eu un retour de couches normal. Depuis, a des règles très abondantes durant 14 jours.

Nombreux caillots à chaque menstruation.

Abondantes sécrétions cervico-vaginales.

Trois enfants.

Pas de fausse couche.

Au toucher. — Utérus normal.

Au spéculum. — Col métritique.

Vaginite.

Nous faisons un pansement à la bouillie lactique.

L'examen des pertes pratiqué ce même jour montre une flore microbienne banale.

Pas de colibacille.

Pas de gonocoque. PH vaginal : 6,5.

Nous prescrivons des injections quotidiennes d'acide lactique, ainsi que l'application, trois fois par semaine, d'ovules à base de ferments lactiques.

Le 11 décembre. — Diminution notable des sécrétions vaginales.

Nouveau pansement.

Le 23 décembre. — Suppression complète de la leucorrhée. PH vaginal : 4,5.

Malade non revue.

OBSERVATION XV

Madame T..., 37 ans, a un enfant de 8 ans. Désire un second enfant.

Au toucher. — Utérus normal.

Au speculum. — Col métritique.

Pertes extrêmement abondantes, glaireuses. •

PH : 6,5.

.. *Le 20 novembre 1935.* — Prélèvement des sécrétions vaginales fait par le Dr Chirié : pas de gonocoque. Flore abondante et cocci.

.. *Au spéculum.* — Col gros.

.. *Traitement.* — Pansement à la bouillie lactique.

Injectons quotidiennes d'acide lactique.

Ovules à base de ferments lactiques.

Le 4 décembre 1935. — Pansement à la bouillie lactique.

Le 11 décembre 1935. — Meilleur état du col.

Le 18 décembre 1935. — Amélioration des pertes.

On continue les pansements jusqu'au début du mois de février. On fait ensuite une insufflation.

Le 15 mars 1936. — Arrêt des règles.

Grossesse présumée.

CONCLUSIONS

De ce modeste ouvrage, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° La bouillie lactique a pris une place importante dans la thérapeutique gynécologique.

2° Son action acidifiante du milieu vaginal permet de réduire le PH à 4,5.

3° Dans tous les cas que nous avons traités, pendant la grossesse, de simples pansements faits toutes les semaines pendant les deux derniers mois nous ont permis d'observer une désinfection complète du vagin, et, dans un cas une guérison rapide d'une vaginite gonococcique.

4° En dehors de la grossesse, les pansements à la bouillie lactique associés à des injections quotidiennes d'acide lactique à 5 pour 1000 ont amené dans 90 % des cas, chez les malades non justiciables de la diathermie, la suppression complète des sécrétions cervico-vaginales.

Les cas d'échecs n'ont d'ailleurs été que des rechutes dues à un arrêt prématuré du traitement.

5° En résumé, la bouillie lactique nous a donné de meilleurs résultats que les pansements faits dans une période antérieure avec l'argyrol, l'acide picrique, etc...

Cette méthode s'accorde d'ailleurs avec la biophysiologie vaginale.

L'ensemble de ces faits doit encourager l'emploi de la bouillie lactique pour la désinfection du vagin.

Vu : *le Doyen,*
ROUSSY.

Vu : *le Président de Thèse :*
COUVELAIRE

Vu : *le Recteur,*
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

1920. LOESER. — Le microbisme latent du vagin. (*Zentralbl. f. Gynäk*, n° 2 et n° 44.)
1921. LEHMANN. — Etude sur le microbisme du vagin. (*Zentralbl. f. Gynäk*, n° 18.)
1929. HARDOUIN (P.). — Etude de la microbiologie du vagin. (*Paris-Médical*, 21 décembre 1929.)
1932. TERRASSE. — La vitalité et la longévité des ferments lactiques. (*Société de pathologie comparée*, 12 janvier.)
1933. JULIA. — La bouillie lactique dans le traitement des plaies de cicatrisation difficile. (*La Clinique*, juillet.)
1934. ROGOWENKO. — L'emploi du bacille lactique en gynécologie. (*Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, janvier.)
1934. PAPIN et VAFIADIS. — Traitement des cystites tuberculeuses par les injections de Lactosmose. (*Société française d'urologie*, 9 juillet.)
1934. GUILLEMIN (A.). — Colibacillose et gynécologie. (*Congrès de Chatel-Guyon*.)
1935. CHÈNE (P.). — L'emploi de la bouillie lactique en proctologie. (*Gazette médicale de France*, 15 janvier.)
1935. SCHOCKAERT. — Physiopathologie vaginale. (*Revue médicale de Louvain*, 1934, n° 19; 1935, n° 3.)

1935. TURPAULT. — Congrès de Salies-de-Béarn. (*Revue française de gynécologie*, juin.)
1936. LAVRIL. — Physiologie et microbiologie vaginale. Le bacille de Doderlein. (*Revue française de gynécologie*, janvier.)